



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA Y SEDACIÓN INTRAVENOSA**

DON/DOÑA..... DE..... AÑOS DE EDAD  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE)

CON DOMICILIO EN ..... Y D.N.I. N.º.....

DON/DOÑA ..... DE ..... AÑOS DE EDAD Y D.N.I. N.º .....  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL TUTOR)

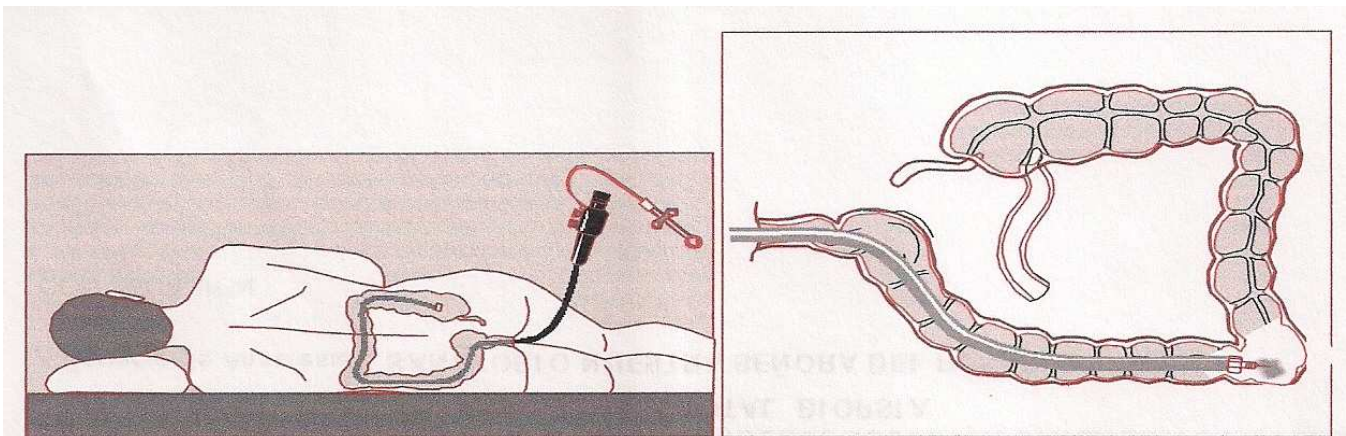
EN CALIDAD DE ..... (REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) DE .....  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE)

**DECLARO:**

QUE EL DR. (Médico que indica exploración)..... me ha explicado que en mi situación es conveniente realizar un **ESTUDIO Y POSIBLE TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA (HDB)** y se me ha hecho entrega de este documento con la información adecuada que he podido o podré confirmar y contrastar con el especialista o con el endoscopista en consulta (previa cita), por teléfono 915783817 o antes del tratamiento. Con ello he podido entenderlo todo y aclarar mis dudas. A su vez me han proporcionado el teléfono 910003595 para dudas administrativas relacionadas con la endoscopia y la sedación.

1. **EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA** tiene el propósito o finalidad de alcanzar el diagnóstico, averiguar la naturaleza de la patología sangrante e instaurar el tratamiento endoscópico adecuado sobre las lesiones sangrantes o que puedan producir sangrado en el colon aunque en ocasiones el origen del sangrado no sea claro.

2. Con el paciente en decúbito, acostado sobre su lado izquierdo y tras la introducción del endoscopio por vía ano-rectal, revisando el colon y tratando de valorar las lesiones que han producido, están produciendo o pueden producir HDB (hemorragia digestiva baja) con la finalidad de aplicar sobre ellas tratamiento con sondas de calor, sustancias esclerosantes, bandas, argón, láser, etc., que hagan cesar la hemorragia e incluso actuar de manera profiláctica sobre determinadas lesiones con el fin de prevenir nuevos episodios de sangrado.



3. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización podrían presentarse efectos indeseables. Efectos indeseables que son más frecuentes en caso de que medie una situación de urgencia. Los hay leves como distensión abdominal, mareo, dolor o hipotensión fácilmente solucionables. Otros muy infrecuentes como necrosis del tejido, perforación o infección o excepcionales como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACV (Accidente Cerebrovascular Agudo) que podrían ser graves y requerir tratamiento médico intensivo o quirúrgico, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad. Deben añadirse las complicaciones derivadas de la pérdida de sangre que estoy presentando con motivo del sangrado digestivo como son la hipovolemia, anemia, falta de oxigenación de los tejidos y el colapso vascular.

4. Salvo que medie una situación de extrema urgencia con necesidad de actuación inmediata, habrá que hacer una correcta preparación previa al procedimiento incluido el necesario ayuno, para lo que he recibido las instrucciones por escrito. Además se me advierte de avisar sobre posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, .....)  
pudiera aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones.

(escriba otros que en su caso existan)

5. El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la **SEDACIÓN**. En caso de HDB aguda grave y activa la sedación adquiere una dimensión especial pudiendo ser desde desaconsejable hasta sustituida por anestesia general con intubación traqueal.

La sedación que se realiza suministrando por vena fármacos hipnóticos, sedantes y/o analgésicos, logra desde simplemente suprimir la ansiedad en su grado más superficial, hasta evitar el dolor y la percepción consciente de lo que acontece en su grado medio y hasta alcanzar una inconsciencia total en su grado más profundo.

Dicha sedación que reporta beneficios al paciente y a la técnica endoscópica, rara vez propicia la aparición de alteraciones y complicaciones que casi siempre son leves y reversibles. Se considera una técnica segura y por tanto de uso generalizado; en ella, de forma general, el balance riesgo/beneficio siempre es favorable. Las complicaciones las hay que son típicas en relación con la punción de la vena como hematoma, flemón, infección cutánea o flebitis; cardiovasculares y respiratorias leves que tienen que ver con hipotensión, falta transitoria de oxigenación, alteraciones del ritmo cardíaco o el espasmo de laringe; otras infrecuentes están en relación a que son psicofármacos los que se usan, pudiendo aparecer agitación, desorientación, hipo, retención urinaria, náuseas. Rara vez son reacciones alérgicas como pueden suceder en la administración de cualquier fármaco. Excepcionalmente puede sobrevenir shock por alergia, arritmia grave, broncoaspiración, coma, convulsiones, parada respiratoria y/o parada cardio-respiratoria con necesidad de medidas de UCI y la posibilidad de que incluso sobrevenga la muerte.

Entiendo que existe mayor riesgo con la sedación y también con la endoscopia misma en pacientes pertenecientes a los grupos de alto riesgo: EPOC (enfermedad pulmonar crónica), enfermedad coronaria grave, otras enfermedades cardíacas graves, patología psiquiátrica, alcoholismo, drogadicción, embarazo, obesidad mórbida, alteraciones anatómicas en macizo facial y orofaringe, alergias o complicaciones en anestesis previas y casos con fracaso previo en endoscopia-sedación. Soy informado de que en estos grupos de alto riesgo, las guías médicas recomiendan que sea un anestesiólogo el encargado de realizar la sedación.

Siempre es conveniente aportar informes y estudios médicos previos. En caso de pertenecer a un grupo de alto riesgo además es necesario un estudio pre-anestésico (contactar con la Unidad de Endoscopia e Intervencionismo Digestivo).

Acepto la vigilancia e instrucciones que se indiquen después de la sedación puesto que entiendo que su efecto puede tardar varias horas en desaparecer por completo (debo evitar el deambular en solitario, conducir vehículos, manejar maquinaria o tomar decisiones de trascendencia en las 4-5 horas siguientes).

Durante todo el procedimiento endoscópico con sedación e inmediatamente después estarán vigiladas mis funciones circulatoria, respiratoria y neurológica sometiéndome a los registros necesarios.

En esta Unidad la sedación corre a cargo de uno o dos médicos endoscopistas presentes (no anestesiólogos) y de dos diplomados en enfermería que están formados y tienen una dilatada experiencia en la sedación para endoscopia. Esta Unidad realiza los procedimientos en el área de quirófanos donde existen los medios humanos y materiales necesarios para resolver las incidencias y complicaciones que pudieran presentarse durante la endoscopia y la sedación.

6. Acepto que el procedimiento pueda ser anulado o suspendido en el último momento en caso de que el médico endoscopista considere no asumible el riesgo en mi caso.

7. Conozco la existencia de posibles medios diagnósticos y terapéuticos alternativos. También la posibilidad de realizar el **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA** sin sedación debiendo asumir en tal caso la ansiedad, la molestia y el dolor que me ocasione. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo. El facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.



Y en tales condiciones

### CONSENTO

Que se me realice el **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA CON SEDACIÓN.**

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE

Madrid..... de..... de.....

### REVOCACIÓN

Don /Doña .....  
Revoco el consentimiento prestado en fecha..... para que se me realice el **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA** y no deseo proseguir con el diagnóstico/tratamiento que doy en esta fecha por finalizado.

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE

Madrid..... de..... de.....

Revoco el consentimiento prestado en fecha..... para que se me aplique **SEDACIÓN** en el **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA.**

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE

Madrid..... de..... de.....